

**Gruppe: Übungsleiter/in:**

**Mit seinem Namenszeichen versichert der/die Teilnehmer|-in, dass er/sie frei von Symptomen des Corona-Virus oder einer Grippe bzw. Erkältung ist.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Teilnehmer/in  Name, Vorname | Anschrift, Telefon | Datum: | Datum: | Datum: | Datum: | Datum: | Datum: |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |